

Wsparcie od personelu medycznego a dynamika stanu emocjonalnego u pacjentów po zawale serca

Justyna Mróz

Instytut Pedagogiki i Psychologii, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Streszczenie

Wstęp. *Relacja personel medyczny–pacjent jest jednym z ważniejszych aspektów w procesie zdrowienia, ponieważ wpływa na stan emocjonalny chorego i decyzje o dalszym leczeniu. Celem pracy jest ustalenie związku między wsparciem społecznym otrzymywanym od personelu medycznego a dynamiką stanu emocjonalnego pacjenta po zawale serca.*

Materiał i metody. *Badanie przeprowadzono wśród 113 osób będących uczestnikami wczesnej rehabilitacji kardiologicznej w Szpitalu Uzdrawiskowym Krystyna w Busku-Zdroju. W badaniach wzięło udział 75 mężczyzn i 38 kobiet. Średnia wieku badanych osób wyniosła 58 lat. Zastosowano Skalę Wsparcia Społecznego autorstwa K. Kmiecik-Baran oraz Skalę Emocji i Uczuć Egzystencjalnie Znaczących autorstwa K. Popielskiego (ocena stanu emocjonalnego retrospektywna — po zawale, podczas wczesnej rehabilitacji kardiologicznej i ocena prospektywna — za rok).*

Wyniki i wnioski. *Poczucie wsparcia od personelu medycznego sprzyja korzystnej dynamice emocji po zawale serca. Szczególnie wsparcie informacyjne obniża poziom emocji i uczuć o charakterze ujemnym. Znaczenie mają także wsparcie wartościujące i emocjonalne.* (Folia Cardiologica Excerpta 2013; 8, 1: 9–13)

Słowa kluczowe: relacja personel medyczny–pacjent, wsparcie społeczne, stan emocjonalny, zawał serca

Wstęp

Istotną rolę w procesie leczenia odgrywa relacja pomiędzy personelem medycznym a pacjentem [1, 2] oraz stan emocjonalny samego leczonego [3]. Modelami, które zwracają uwagę na pozytywne znaczenie aktywności personelu medycznego w procesie zdrowienia i wpływu na stan emocjonalny, są między innymi model Szasza i Holendra [1, 4, 5], teoria Balinta [6] czy model Verhaaka [5, 7, 8].

Heszen-Niejodek [1] na podstawie swoich badań doszła do wniosku, że oddziaływanie personelu medycznego na osoby chore odbywa się na dwóch płaszczyznach. Pierwszy sposób oddziaływania to użycie środków medycznych — leki, zabiegi itp. Inny zaś to oddziaływanie psychologiczne. Tutaj dochodzi do wymiany emocjonalnej pomiędzy

lekarzem a chorym, natomiast efekty dla zdrowia oceniane są subiektywnie (skargi pacjenta), w postaci wymiany informacyjnej, ocenianej w sposób obiektywny [1]. Odnosząc się do tych wniosków, można zauważyć, że istotnym czynnikiem w procesie zdrowienia jest wsparcie, jakie pacjent otrzymuje od personelu medycznego, jego podmiotowe traktowanie [9]. Zależność pomiędzy relacją lekarz–pacjent a różnymi aspektami zdrowia potwierdzono również w licznych badaniach [10, 11].

Wsparcie społeczne rozumiane jest jako „rodzaj interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej” [12].

Stan emocjonalny pacjenta odgrywa dużą rolę w procesie choroby [13–15]. Stan emocjonalny wiąże się z oceną własnego życia w ogóle bądź

jego poszczególnych wymiarów, takich jak życie codzienne, praca czy wreszcie zdrowie. W niniejszym opracowaniu dla szerszego zrozumienia stanu emocjonalnego wprowadzono termin dobrostan emocjonalny, który jest definiowany w postaci odpowiedzi na „stawiane samemu sobie pytanie: co czuję?” [16]. Dobrostan emocjonalny składa się z czterech wskaźników: pozytywnego afektu (obejmuje pozytywne emocje i uczucia), negatywnego afektu (obejmuje negatywne emocje i uczucia), bilansu emocjonalnego (stosunek pozytywnych emocji i uczuć do negatywnych emocji i uczuć) oraz pobudzenia emocjonalnego (suma pozytywnych i negatywnych emocji i uczuć) [17, 18]. Emocje pozytywne wiążą się z tendencją „do”, czyli ze zbliżaniem się do obiektu będącego źródłem emocji. Negatywne emocje mają odwrotną motywację „od” związaną z unikaniem i oddalaniem się od obiektu wywołującego emocje [19].

Celem pracy jest odpowiedź na pytanie, jaką rolę odgrywa wsparcie personelu medycznego w kształtowaniu się dobrostanu emocjonalnego w różnych okresach u pacjentów kardiologicznych.

Material i metody

W celu zbadania wsparcia społecznego uzyskiwanego od personelu medycznego użyto Skali Wsparcia Społecznego autorstwa Krystyny Kmiecik-Baran [20]. Skala ta składa się z 24 pozycji mierzących wynik ogólny oraz 4 rodzaje wsparcia (każda skala po 6 itemów): informacyjne, materialne, wartościujące i emocjonalne.

Do badania dobrostanu emocjonalnego wykorzystano Skalę Emocji i Uczuć Egzystencjalnie Znaczących Popielskiego [21]. Skala składa się z 44 pozycji — emocji i uczuć. W skład skali wchodzi dwie podskale określające: (1) pozytywny afekt (22 itemy) i (2) negatywny afekt (22 itemy). Skala pozytywny afekt zawiera określenia emocji, uczuć, postaw dotyczących konotacji emocjonalnych o pozytywnym zabarwieniu. Skala negatywny afekt zawiera określenia emocji, uczuć o negatywnym odniesieniu, które wpływają na zachowanie człowieka. Bilans afektywny stanowi określenie różnicy pomiędzy pozytywnym a negatywnym afektem. Pobudzenie afektywne natomiast jest sumą pozytywnego i negatywnego afektu i określa siłę ogólnego pobudzenia, która może inicjować bądź hamować działania osoby. Badani uzupełniali narzędzie w trzech wersjach: (1) ocena stanu emocjonalnego retrospektywna — bezpośrednio po zawale; (2) ocena aktualna — kilka tygodni po zawale podczas uczestnictwa we wczesnej reha-

Tabela 1. Różne rodzaje wsparcia społecznego uzyskiwane od personelu medycznego

Rodzaj wsparcia	M	SD
Informacyjne	20,96	4,00
Materialne	19,55	3,04
Wartościujące	19,59	2,98
Emocjonalne	21,17	3,33
Ogółem	81,28	9,33

M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe

bilitacji kardiologicznej i (3) ocena prospektywna — jak się będziesz czuł za rok.

Charakterystyka badanej grupy

Badanie przeprowadzono wśród 113 osób będących uczestnikami wczesnej rehabilitacji kardiologicznej w Szpitalu Uzdrawiskowym Krystyna w Busku-Zdroju. W badaniach wzięło udział 75 mężczyzn i 38 kobiet, średnia wieku wyniosła 58 lat. Najmniej badanych znalazło się w grupie powyżej 70. roku życia (11 osób, 9,73%), najbardziej liczną grupą byli pacjenci w wieku 51–60 lat (53 osoby, 46,90%). Różnica liczebności między płciami oraz w grupach wiekowych wynika przede wszystkim ze specyfiki zachorowalności na zawał serca [22].

Wyniki

Rodzajami wsparcia, które postrzega się jako najsilniejsze, są: emocjonalne i informacyjne, mniej materialne i wartościujące (tab. 1). Różnice w średnich nie są jednak duże. Wsparcie emocjonalne i informacyjne to najbardziej pożądane rodzaje udzielanej pomocy w sytuacji choroby zgodnie z dostępnymi badaniami [23] dotyczącymi oczekiwań chorych wymagających opieki, między innymi kardiologicznej [24].

Jak przedstawiono w tabeli 2, afekt pozytywny jest najsilniej oceniany prospektywnie ($M = 79,23$), najsłabiej zaś w ocenie sytuacji po zawale ($M = 63,13$). Bezpośrednio po zawale doznawanie przyjemnych emocji i uczuć jest zmniejszone głównie ze względu na poważny i negatywny charakter doświadczanego zjawiska, jakim jest choroba. Jednak wraz z czasem, zgodnie z adaptacyjną teorią hedonistycznego kołowrotu Brickmana i Cambella pozytywny nastrój się podnosi [25]. Teoria ta zakłada, że nasze odczucia czy oceny są za każdym razem zdeterminowane przez kontekst, w którym występują, nie mają one charakteru absolutnego. Z biegiem czasu ludzie przyzwyczajają się do sy-

Tabela 2. Dobrostan emocjonalny u pacjentów po zawale serca

Komponenty dobrostanu emocjonalnego	Okres	M	SD
Pozytywny afekt	Po zawale	63,13	9,27
	Obecnie	72,41	9,37
	Za rok	79,23	10,48
Negatywny afekt	Po zawale	62,19	15,67
	Obecnie	56,05	11,77
	Za rok	50,59	12,13
Bilans afektywny	Po zawale	0,94	21,13
	Obecnie	16,35	16,58
	Za rok	28,64	18,40

M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe

tuacji, w której się znaleźli, i nie ma ona wpływu na poziom doświadczanego dobrostanu. Ponadto pozytywne emocje nie aktywizują się bezpośrednio w sytuacji zagrożenia, ale dopiero w sytuacji udanej obrony [26].

Negatywny afekt, odwrotnie niż pozytywny, najsilniej jest oceniany retrospektywnie ($M = 62,19$), najslabiej zaś w ocenie prospektywnej ($M = 50,59$). Sytuacja ta jest spowodowana przede wszystkim odpowiedzią na chorobę. Negatywne emocje skupiają uwagę na zagrożeniu i jego źródle, w tym wypadku na życiu i chorobie. Doświadczanie negatywnych emocji jest w tej sytuacji normalne i pożądane. Wiąże się to z angażowaniem się w obronę. Ponadto wspomaga ono krytyczne myślenie oraz podejmowanie decyzji w sytuacji, w której trzeba stwierdzić nieprawidłowości i je wyeliminować [27]. Spadek doznawanych negatywnych emocji jest pozytywną dynamiką świadcząca o tym, że wraz z upływem czasu pacjenci zaczynają efektywnie zmagać się z chorobą.

Bilans afektywny, czyli różnica pomiędzy afektem pozytywnym a negatywnym, jest najmniejszy w sytuacji po zawale ($M = 0,94$), największy zaś w ocenie prospektywnej ($M = 28,64$). Sytuacja ta jest spowodowana przede wszystkim podnoszeniem się pozytywnego nastroju, a spadku negatywnego. Podobne zależności ujawniają się w odniesieniu do pobudzenia afektywnego. Pobudzenie afektywne jest najslabsze w sytuacji bezpośrednio po zawale ($M = 125,33$), najsilniejsze zaś w ocenie prospektywnej ($M = 129,83$). Wyciszenie emocjonalne w sytuacji zagrożenia może być podyktowane mobilizacją do walki [26, 28].

Wyniki analizy korelacyjnej przedstawione w tabeli 3 pokazują, że wsparcie informacyjne jest bardzo ważne we wszystkich okresach po zawale ser-

ca w doświadczeniu afektu o charakterze ujemnym. Ten rodzaj wsparcia jest istotny dla obniżenia doświadczanych negatywnych emocji, które pojawiają w chorobie. Wyniki te są zbieżne z dostępnymi rezultatami badań [23, 24], a także z modelami prezentowanymi w literaturze przedmiotu [1, 5, 29]. Pacjent, który ma niedostateczną ilość informacji, przeżywa więcej negatywnych emocji związanych głównie z obawami o własne zdrowie. Dzięki uzyskiwanym informacjom nie popełnia błędów w okresie rekonwalescencji, dodatkowo rehabilitacja przebiega u niego pomyślniej. Zdarza się, że brak informacji ze strony lekarzy chory może odczytywać jako złe rokującą diagnozę, co z kolei prowadzi do nasilenia lęku, zdenerwowania, bezsilności czy zrezygnowania. Pacjenci wówczas nie mają też motywacji do dalszej rehabilitacji i działań profilaktycznych [5, 30].

Dostateczna ilość przekazywanej wiedzy na temat choroby, sposobów leczenia, zasad rehabilitacji ma znaczenie dla większego bilansu emocjonalnego, czyli ogólnego samopoczucia.

Wsparcie materialne koreluje dodatnio z pozytywnym afektem w ocenie prospektywnej oraz bilansem emocjonalnym w ocenie aktualnej. Najniższa korelacja między tym rodzajem wsparcia a komponentami dobrostanu emocjonalnego wydaje się zasadna ze względu na specyfikę źródła wsparcia. Pacjenci nie mają podstaw, żeby takiego wsparcia oczekiwać od personelu medycznego, wobec tego nie wpływa ono na doświadczanie dobrostanu emocjonalnego.

Ważne jest również wsparcie wartościujące i emocjonalne otrzymywane od personelu medycznego przede wszystkim kilka tygodni po zawale. Pacjenci oczekują od lekarzy, pielęgniarek czy rehabilitantów nie tylko informacji, ale również podniesienia na duchu czy docenienia ich wysił-

Tabela 3. Korelacje pomiędzy różnymi rodzajami wsparcia społecznego a komponentami dobrostanu emocjonalnego w różnych okresach

	Pozytywny afekt				Negatywny afekt				Bilans afektywny				Pobudzenie afektywne			
	Po zawale	Obecnie	Za rok	Po zawale	Obecnie	Za rok	Po zawale	Obecnie	Po zawale	Obecnie	Za rok	Po zawale	Obecnie	Za rok	Po zawale	Za rok
Informacyjne	n.i.	n.i.	n.i.	-0,20*	-0,23*	-0,29**	0,23*	0,23*	0,23*	n.i.	0,22*	n.i.	n.i.	-0,22*	n.i.	n.i.
Materiałowe	n.i.	n.i.	0,20*	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.	0,20*	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.
Wartościujące	n.i.	0,20*	n.i.	n.i.	-0,20*	-0,27**	n.i.	0,25**	n.i.	n.i.	0,27**	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.
Emocjonalne	n.i.	0,19*	n.i.	n.i.	-0,30**	n.i.	0,21*	0,32***	0,21*	n.i.	0,19*	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.
Ogółem	0,19*	0,22*	0,19*	n.i.	-0,33***	-0,30**	0,20*	0,36***	0,20*	n.i.	0,31**	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001; n.i. — nieistotne statystycznie

ków, które podejmują w procesie rehabilitacji. Brak takich zachowań ze strony służb medycznych przyczynia się do odczuwania większego natężenia emocji negatywnych, a co za tym idzie — rezygnacji z podejmowanych działań i apatii [10, 31].

Wsparcie emocjonalne i oceniające ma związek również z bilansem emocjonalnym. Dostarczanie pokrzepiających słów, zachowań, dostrzeganie starań pacjentów dla zachowania zdrowia wpływa na wyższy bilans emocjonalny, czyli przewagę pozytywnego afektu nad negatywnym. Wówczas pacjenci, oprócz doświadczania emocji negatywnych, silniej oceniają doświadczanie emocji i uczuć przyjemnych i są bardziej efektywni w podejmowaniu zachowań na rzecz zdrowia [31].

Wsparcie emocjonalne wiąże się ze stopniem okazywanej empatii przez lekarza oraz podmiotowym traktowaniem pacjenta. Wynika to z podejścia skoncentrowanego na pacjencie [7] oraz koncepcji Balinta, która zwraca uwagę na znaczenie emocjonalnego aspektu relacji lekarz–pacjent w procesie zdrowienia [6].

Wnioski

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że wsparcie, jakie chorzy otrzymują od lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów, jest istotne dla ich kondycji emocjonalnej, psychicznej zarówno bezpośrednio po zawale, kilka tygodni później, jak i w przyszłości. Wyniki te są zgodne z ogólną tendencją zauważaną w badaniach dotyczących zależności pomiędzy wsparciem społecznym a stanem emocjonalnym osób chorych [23, 32–34]. Wsparcie społeczne uzyskiwane od personelu medycznego wpływa na stan emocjonalny pacjenta:

1. Doświadczanie negatywnego afektu wiąże się z niskim poziomem wsparcia informacyjnego, wartościującego, emocjonalnego przede wszystkim w sytuacji bieżącej;
2. Doświadczaniu pozytywnego afektu sprzyja wysoki poziom wsparcia wartościującego i emocjonalnego obecnie oraz materialnego w przyszłości;
3. Bilans emocjonalny, ujmowany jako różnica pozytywnego i negatywnego afektu, wiąże się z wysokim poziomem wsparcia informacyjnego i emocjonalnego we wszystkich okresach po zawale, a także wartościującego kilka tygodni po zawale i w przyszłości oraz materialnego kilka tygodni po zawale.
4. Pobudzenie emocjonalne, rozumiane jako siła doświadczanych emocji, nie jest związane ze spostrzeganym wsparciem społecznym od personelu medycznego.

Piśmiennictwo

- Heszen-Niejodek I. Lekarz i pacjent. Badania psychologiczne. Universitas, Kraków 1992.
- Gawor A., Gerber-Leszczynszyn H., Nawrat M., Nowak R. Wybrane psychologiczne aspekty komunikowania się między lekarzem a pacjentem. *Adv. Clin. Exp. Med.* 2006; 15: 157–161.
- Heszen I., Sęk H. Psychologia zdrowia. PWN, Warszawa 2007.
- Kuczyńska A. Modele kontaktu lekarza z pacjentem. W: Dolińska-Zygmunt G. red. Podstawy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001: 273–276.
- Włodarczyk D., Skuza B. Znaczenie relacji pacjent–personel medyczny dla przebiegu leczenia. W: Jakubowska-Winecka A., Włodarczyk D. red. Psychologia w praktyce medycznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007: 126–153.
- Łazowski J., Jugowar B. Lekarz, jego pacjent i choroba — przełomowe dzieło Balinta. W: Wasilewski B., Engel L. red. Grupy trening balintowski. Teoria i zastosowanie. Eneteia, Warszawa 2011: 23–54.
- Verhaak P.F.M. Variations in the diagnosis of psychosocial disorders: a general practice observation study. *Soc. Sci. Med.* 1986; 23: 594–604.
- Bishop G.D. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.
- Dolińska-Zygmunt G. Podstawy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001: 307–314.
- Pommersbach J. Wsparcie społeczne a choroba. *Przegl. Psychol.* 1988; 31: 503–525.
- Pilarz E., Stempień J.R., Tkaczyk M., Nowicki M. Analiza podstaw i wzajemnych oczekiwań lekarzy i rodziców dzieci chorujących na zespół nerczycowy. *Przegl. Pediatr.* 2007; 37: 377–381.
- Sęk H., Cieślak R. Wsparcie społeczne — sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: Sęk H., Cieślak R. red. Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. PWN, Warszawa 2005: 11–28.
- Czubalski K. Wpływ choroby na stan psychiczny i zachowanie człowieka chorego. *Sztuka Leczenia* 1995; 3: 53–61.
- Włodarczyk D. Niektóre psychologiczne konsekwencje zawału serca w świetle współczesnych badań. *Pol. Przegl. Kardiol.* 2004; 6: 85–90.
- Popielski K. Psychologiczne aspekty doświadczania chorób reumatycznych. *Reumatologia* 2005; 43: 160–165.
- Rostowska T. Małżeństwo, rodzina, praca a jakość życia. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2008.
- Diener E., Napa Scollon Ch., Lucas R.E. The evolving concept of subjective well-being the multifaceted nature of happiness. *Advanced in Cell Aging and Gerontology* 2003; 15: 187–219.
- Diener E., Lucas R.E., Oishi S. Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia. W: Czapiński J. red. Psychologia pozytywna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005: 35–102.
- Łosiak W. Psychologia emocji. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007.
- Kmiecik-Baran K. Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Przegl. Psychol.* 1995; 38: 201–214.
- Popielski K. Skala Emocji i Uczuć Egzystencjalnie Znaczących. Maszynopis, Lublin 2008.
- Stroch-Uczciwek A., Bochenek-Klimczyk K. Ja i moje serce — zdrowe, chore operowane. Poradnik dla pacjenta kardiologicznego i kardiochirurgicznego. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2007.
- Wojtyna E., Dosiak M., Życińska J. Wpływ wsparcia społecznego na przebieg zaburzeń depresyjnych u pacjentów w podeszłym wieku. *Psychogeriatrya Polska* 2007; 4: 17–26.
- Wrześniewski K., Włodarczyk D. Rola wsparcia społecznego w leczeniu i rehabilitacji osób po zawale serca. W: Sęk H., Cieślak R. red. Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
- Czapiński J. Psychologia pozytywna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005: 51–102.
- Jarymowicz M. Psychologiczne podstawy podmiotowości. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- Carr A. Psychologia pozytywna. Zysk i S-ka, Poznań 2009.
- Sapolsky R.M. Dlaczego zebry nie mają wrzodów? Psychofizjologia stresu. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.
- Makowska H. Informowanie pacjenta przez lekarza. Czy ludzie chorzy chcą wiedzieć wszystko o tym, co im zagraża. W: Dolińska-Zygmunt G. red. Podstawy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001: 291–306.
- Gromadecka-Sutkiewicz M. Wybrane elementy relacji lekarz–pacjent w opinii pacjentów. *Nowiny Lek.* 2004; 73: 301–303.
- Tyszkiewicz-bandur M., Kozińska B. Relacja lekarz–pacjent w kontekście teorii przywiązania. *Ann. Acad. Med. Stetin.* 2009; 55: 90–98.
- Berkman L., Horwitz R., Leo-Summers L. Emotional support and survival after myocardial infarction: a prospective, population-based study of the elderly. *Ann. Intern. Med.* 1992; 117: 1003–1009.
- Xiao-Qing Y., Wei-Qing Ch., Jian-Xiong L. i wsp. Effect of social support on psychological-stress-induced anxiety and depressive symptoms in patients receiving peritoneal dialysis. *J. Psychosom. Res.* 2008; 65: 157–164.
- Mróz J. Psychospołeczne korelaty dobrostanu emocjonalnego u pacjentów po zawale serca. Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, Kielce (w druku).